

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

204

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean PILLET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 25 Novembre 1909, à PARIS (Seine)

Du rôle du sympathique
dans certains cas de torsion du testicule
chez l'enfant

Président : M. CHEVASSU, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean PILLET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 25 Novembre 1909, à PARIS (Seine)

Du rôle du sympathique
dans certains cas de torsion du testicule
chez l'enfant

Président : M. CHEVASSU, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1940

I. — Professeurs

Anatomie.	MM.	ROUVIERE.
Physiologie.		Léon BINET.
Physique médicale.		STROHL.
Chimie médicale.		POLONOVSKI.
Bactériologie.		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.		BAUDOUIN.
Pathologie médicale.		PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.		MONDOK.
Anatomie pathologique.		LEROUX.
Histologie.		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.		TIFFENEAU.
Thérapeutique.		AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.		TANON.
Médecine légale.		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.		Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.		CHIRAY.
Clinique médicale.		ABRAMI.
		FIESSINGER.
		LOEPER.
		RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.		LEREBOULETT.
Clinique des maladies des enfants.		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		LAINEL- LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GOUGFROT.
Clinique des maladies du système nerveux.		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.		LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.		CUNEO.
		GOSSET.
		GREGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.		VELTER.
Clinique urologique.		CHEVASSU.
Clinique d'accouchements.		COUVELAIRE.
		JEANNIN.
		LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique.		MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.		OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.		HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique.		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.		VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.		TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.		MATHIEU.
Clinique cardiologie.		LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.		Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.		N...
Professeurs sans chaire.		HAZARD.
		MULON.
		OLIVIER.
		SANNIE.
		VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.	
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DEGREZ (H.).. Physique.	
BARIETY Pathologie médicale.	DESOILLE Médecine légale.	
BERNARD Et.. Pathologie médicale.	DIGONNET Obstétrique.	
BESANÇON (J.) Hydrologie.	DOGNON Physique.	
BONNET Bactériologie.	FEVRE Pathologie chirurgicale.	
BOULANGER ... Chimie.	FUNK-	
BOULIN Pathologie médicale.	BRENTANO.. Pathologie chirurgicale.	
BROUET Pathologie médicale.	GALLIARD ... Parasitologie.	
BULLIARD Histologie.	GARCIN Pathologie médicale.	
CACHERA Pathologie médicale.	Mlle GAUTHIER-	
CORDIER Anatomie.	VILLARS.. Anatomie pathologique.	
COSTE Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.	
COUVELAIRE (R.) Urologie.	DE GENNES ... Pathologie médicale.	
DELARUE Anatomie pathologique.	GIROUD Histologie.	
DELAY Pathologie médicale.	HAGUENAU ... Pathologie médicale.	

MM.	
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LENEGRE	Pathologie médicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.

MM.	
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHT	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-.....	
BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-.....	
I EMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
BRULE	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER..	
DONZELOT	
DUVOIR	
GASTINEL	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN	
MOREAU	
PIEDELIEVRE.	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELIER	
DE GAUDART- D'ALLAINES.	
LEVEUF	
MOULONGUET.	
MOURE	
QUENU	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME

A MON PERE

LE DOCTEUR E. PILLET

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Membre de la Société d'Urologie*

Qui a été mon premier Maître et
m'a conduit et encouragé au cours
de mes études.

A MON BEAU-PERE

LE DOCTEUR P. SOURDAT

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien des Hôpitaux d'Amiens*

Qui a bien voulu me donner ses
observations personnelles qui figurent
dans cette thèse.

Je dédie ce modeste travail, rédigé au cours des pérégrinations d'un poste de secours de bataillon, en gage de mon filial attachement et mon admiration pour leur carrière magnifique toute empreinte de noblesse professionnelle et de dévouement.

A MA MERE

A MES CINQ FRERES ET SŒURS

A MONSIEUR LE DOCTEUR TROMEUR

Médecin Principal de la Marine
Médecin Major du Croiseur « Foch »

En souvenir reconnaissant de l'ex-
cellente année passée dans son service
de l'Hôpital Maritime de Cherbourg.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR OBERLIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR RIVET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ECALLE

MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET.

MONSIEUR LE DOCTEUR RAMADIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR LALLEMANT.

Avec l'expression de toute ma
reconnaissance.

anatomiques créées mécaniquement par l'étranglement et trouvées à l'intervention.

Mais dans certains cas rapportés dans cette thèse, l'importance des lésions dépasse de beaucoup celle de la torsion, c'est un véritable infarcissement de la glande à point de départ minime ; dans un cas même :

*L'organe tordu est quelque chose d'indéterminé,
d'inédit.*

Une torsion légère peut donc entraîner un déclenchement réflexe de troubles sympathiques vaso-moteurs. On sait qu'on a attribué à ce mécanisme la pancréatite aiguë hémorragique et le volvulus de l'intestin grêle.

Il y a là un rapprochement qu'il ne semble pas téméraire de faire au moins en certains cas.

On connaît mal les raisons anatomiques qui sont à l'origine de ces torsions, toutefois on sait que la pédiculisation du testicule est considérée comme les favorisant, et pour certains auteurs l'ectopie testiculaire la réaliserait au mieux.

Actuellement, le rôle de l'ectopie est controversé : sur les six observations que nous rapportons, deux testicules seulement n'étaient pas à leur place.

Cette pédiculisation est également réalisée quand le ligament scrotal fait embryologiquement défaut et est remplacé par un replis de la séreuse ou bien par un méso dû à l'accolement des deux feuillets vaginaux qui se réunissent derrière le testicule.

On a également insisté sur le rôle que peut avoir une réflexion haute de la vaginale sur le cordon ; sur

le rôle de l'inversion testiculaire, de la bifidité du cordon ou même de certaines déformations de la glande comme son aplatissement.

Pour le Professeur OMBREDANNE, la fibreuse commune retenant le testicule à son extrémité antérieure et supérieure constitue un véritable ligament suspenseur, tandis que le pôle inférieur déclive repose sur le scrotum.

Ainsi se trouverait réalisé un axe de rotation asymétrique autour duquel vont agir les vaisseaux qui, abordant excentriquement l'épididyme, s'étalent sur la glande et quand ils se gorgent de sang tendent à la faire tourner.

Toute cause de congestion vasculaire pourrait donc être cause de torsion.

Mais on sait aussi que la torsion est plus rare chez l'adulte que chez l'enfant. C'est que la mobilité de la glande dans le jeune âge a un rôle important déjà invoqué par BROCA. C'est le moment des oscillations du testicule flottant, du déplacement de la glande, de sa descente retardée dans les bourses.

Une contraction brusque du crémaster, une sortie brusque du canal inguinal, un traumatisme même léger peuvent amorcer ou même compléter la torsion.

Le rôle de la masturbation a été considéré comme important ; certains même lui accordent une place prépondérante.

— Dans les observations que nous rapportons, deux cas survenus chez de très jeunes enfants montrent que cette cause est loin d'expliquer tous les cas.

Les descriptions des lésions anatomiques rencontrées à l'intervention sont très différentes.

En effet, dans certains cas, on découvre un véritable volvulus du testicule, c'est la torsion intra-vaginale ou basse et qui serait la plus fréquente.

Le testicule est augmenté de volume, suivant la date de début des accidents il serait rouge foncé, ou même violacé, de couleur ardoisée, l'épididyme est augmenté de volume, tuméfié, parfois aussi gros que la glande.

La vaginale est épaissie et est le siège d'un minime épanchement.

Quant à la torsion, elle est toujours très serrée hautement située à la partie supérieure de la vaginale. Sans intervention le testicule est voué au sphacèle.

Dans d'autres cas, on trouve une torsion en masse intéressant la vaginale et son contenu et réalisant ce que LAPOINTE a appelé le « bistournage accidentel ».

Cette torsion serait moins serrée, aussi le testicule y serait plus rarement ardoisé ; l'épididyme, par contre, y est toujours très œdématié.

Enfin, on connaît depuis 1922 la torsion de l'hydatide de Morgagni décrite par MOUCHET.

On sait que l'hydatide sessile s'insère au pôle supérieur du testicule ou dans le sillon séparant la glande et l'épididyme. En fait, elle est pédiculée, et son pédicule s'allonge en cas de torsion. Elle peut alors atteindre le volume d'un noyau de cerise.

L'hydatide pédiculée, au contraire, s'attache à la tête de l'épididyme, son existence est inconstante. MOUCHET a insisté sur la difficulté de voir le sens de

la torsion, non en raison du sphacèle, mais parce que, dès qu'on la libère, l'hydatide se détort brusquement.

Telles sont les lésions décrites actuellement à ce sujet.

Mais il est intéressant de noter que cette torsion peut parfois être suivie d'une détorsion spontanée. Ce qui expliquerait les cas bénins se terminant heureusement sans interventions.

Pour le Professeur OMBREDANNE, cette détorsion existe et serait même le plus souvent incomplète, si bien que l'inversion testiculaire ne serait plus, dans bien des cas, une malformation congénitale, mais simplement le résultat d'une détorsion incomplète.

On aurait donc, selon lui, trois types de lésion :

L'inversion testiculaire avec simple turgescence de l'épididyme ;

L'apoplexie testiculaire ;

Le sphacèle de la glande avec abcès.

Voici deux observations de torsion du testicule survenue chez des enfants d'âge très différent et qui ont tous deux été vus malheureusement trop tard pour que l'intervention puisse être restauratrice.

OBSERVATION I

B... André, 14 ans, 11 janvier 1937.

Depuis cinq jours, douleur aiguë localisée exactement dans la bourse gauche ; elle augmente progressivement en même temps qu'apparaît une tuméfaction des bourses.

La douleur est vive et l'insomnie complète. Le scrotum est rouge, œdématié, et l'œdème gagne le périnée mais le centre de la tuméfaction et la douleur maxima sont bien nettement sur le testicule gauche.

Incision à la racine de la bourse gauche, la vaginale ouverte laisse échapper un peu de sang noir.

On amène le testicule, grosse aubergine, auquel est accolé un épididyme noir bronzé, flétri, infarcté.

Le pédicule est tordu d'un tour complet. Après détorsion, il est manifeste que l'épididyme ne reprendra pas vie ; le testicule, au contraire, ne paraît pas absolument compromis. Les deux sont donc réduits dans la vaginale qui est suturée partiellement au catgut. Suture des téguments.

OBSERVATION II

D... Claude, 2 mois, 30 octobre 1937.

Depuis deux jours, tuméfaction douloureuse de la région inguinale gauche ; le testicule remonté n'est plus dans les bourses ; la bourse gauche est œdématisée.

L'enfant crie, il n'a pas vomi, le ventre n'est pas dur.

Il ne semble pas qu'il s'agisse d'un étranglement mais d'une torsion. Le médecin traitant a envoyé l'enfant pensant à un adénophlegmon ou à un kyste étranglé.

Incision, libération de la vaginale adhérente au tissu cellulaire et épaissie.

On l'incise ; il coule un peu de liquide rouge. Le testicule apparaît avec l'épididyme tous deux noirs infarctés.

Au milieu du cordon existe une double torsion. Il faut détourner deux fois, après quoi le cordon reste étranglé d'un sillon profond.

La vitalité du testicule et de la partie du cordon sous-jacente à la torsion paraît bien perdue.

Résection du cordon à la racine de la bourse. Suture.

— C'est, en effet, avant la puberté que ces accidents sont le plus fréquents et, comme on le voit, l'histoire clinique est assez nette.

Brusquement ou précédée depuis quelques jours par quelques tiraillements, apparaît une douleur vive

dans l'un des côtés du scrotum. Bientôt il est rouge, œdématisé, et l'enfant reste étendu sur le dos, cuisses écartées, évitant de bouger.

La palpation est très douloureuse et le testicule apparaît très augmenté de volume comparativement au côté sain.

La douleur et le gonflement rendent le plus souvent impossible la différenciation de l'épididyme et du testicule.

Le cordon, enfin, paraît augmenté de volume.

Bref, c'est le tableau d'une orchite aiguë, mais son apparence primitive, l'âge de l'enfant doivent imposer l'idée d'un syndrome de torsion. Ajoutons que l'état général est à peine touché et la température à 38°.

Il faut intervenir aussitôt et ce n'est que pour mémoire que nous rappellerons l'évolution spontanée de ces accidents.

Parfois, en effet, sous l'influence du repos, les signes diminuaient puis disparaissaient complètement en une dizaine de jours.

Mais le plus souvent, au contraire, la douleur augmentait en même temps que le scrotum devenait adhérent au plan profond.

Bref, c'était un véritable abcès qui se collectait et qui demandait une incision. L'intervention donnait issue à un pus franc, bien lié, et la guérison demandait plusieurs semaines — ou même on assistait à une véritable élimination du testicule par l'apparition de lambeaux sphacelés et qui entraînait une guérison très lente.

Le tableau clinique n'est guère modifié au cours de la torsion d'une hydatide.

On retrouve là aussi une douleur vive, la tuméfaction scrotale, la rougeur des téguments ; souvent, il existe aussi une légère élévation de température.

Mais alors que la plupart des auteurs indiquent que les accidents sont dans l'ensemble plus atténués, souvent aussi ces petites lésions créent un retentissement important sur le testicule et l'épididyme.

Voici une observation de torsion d'hydatide chez un garçon de 12 ans :

OBSERVATION III

Pierre, 12 décembre 1935.

Depuis quatre jours est apparue une douleur lombaire et inguinale droite, puis inguino-scrotale. On constate un œdème et de la rougeur de la bourse droite. La région inguinale est légèrement tuméfiée, le cordon est épaissi, le déférent est gros.

Le testicule est excessivement sensible mais il n'y a pas de température.

On pratique une incision inguinale basse, le cordon est œdématié. La vaginale est extériorisée, elle se montre œdématiée, jaunâtre, quasi couenneuse à son pôle inférieur.

On l'incise, elle ne contient pas de liquide. On attire le testicule coiffé de son épiddyme augmenté de volume et remplissant sous pression la vaginale. Leur coloration est normale, à peine irisée.

A la place de l'hydatide de Morgagni se présente une petite masse comme une lentille noire, infarctée, dont le pédicule est tordu. Ce pédicule est lié et coupé.

Ether. Suture de la vaginale au catgut, le testicule et l'épididyme gonflés y rentrent difficilement.

Suture de la peau au fil.

Un peu différente est l'observation suivante où l'organe tordu n'a pu être précisé et où les signes locaux étaient intenses.

OBSERVATION IV

O... Michel, 5 ans, 23 mai 1939.

Le testicule gauche est ectopié. Depuis hier matin existe une douleur vive dans la région. La bourse gauche est le siège d'un œdème considérable, d'aspect rosé. Il existe un léger épanchement dans la vaginale, mais l'intensité de la douleur est extrême et empêche tout palper.

Incision inguinale. On libère la vaginale qui apparaît remplie de liquide et violacée ; on l'ouvre : liquide citrin foncé, un peu sanguinolent.

Le testicule et l'épididyme sont intacts.

Au-dessous d'eux, dans la partie basse de la vaginale, dans une gelée œdémateuse, lie de vin, on voit une vésicule flétrie rouge foncé, comme un grain de raisin trop mûr qui pourrit, relié à la paroi postérieure de la vaginale par un pédicule très mince et tordu.

Résection de cette vésicule après ligature du pédicule.

Dans le cordon œdématié, la vaginale, comme il est habituel en cas d'ectopie, se prolonge en un sac herniaire que l'œdème empêche de disséquer et de libérer ; on se borne donc à fermer la vaginale par deux points de catgut : on la réduit et le trajet inguinal est suturé en deux plans.

Enfin, nous citons les deux observations suivantes, particulièrement intéressantes :

OBSERVATION V

C... Jean, 6 mois, 7 octobre 1939.

« Syndrome aigu depuis 48 heures : bourse rouge œdématié, apparemment douloureuse, testicule tuméfié. L'état général n'est point altéré.

Incision. La vaginale contient du sang. Le testicule et l'épididyme sont complètement infarcis et noirs ; à un centimètre environ au-dessus d'eux, un profond sillon enserre le cordon, mais on ne peut reconnaître ni réduire une véritable torsion.

Le cordon est lié à la racine de la bourse et les organes sont réséqués. »

OBSERVATION VI

D... Jean, 16 jours, 15 novembre 1939.

« Hernie inguinale droite étranglée, avec infiltration sanguine du cordon et début d'infarcissement du testicule et de l'épididyme.

Le bébé présente à la racine de la bourse droite une tuméfaction olivaire tendue, rouge, sensible, irréductible, qui peut être une hernie funiculaire étranglée ou un kyste du cordon. Le testicule est perçu à la partie inférieure de la bourse, bien distinct de la masse précédente : la bourse est rouge, œdématisée, l'enfant a vomi, il aurait eu une selle ce matin.

Incision découvrant le cordon, qui est large, œdémateux, comme infiltré de sang, même au-dessous de la tuméfaction. L'incision de cette dernière libère une anse grêle étranglée, foncée, mais *nullement infarctée*. Le collet du sac est débridé et l'anse est réduite. Après quoi, s'écoule un peu de liquide clair venant du péritoine. Le sac ultra-mince est péniblement libéré par lanières et lié.

On regarde alors le testicule ; appendu au cordon, infiltré comme signalé ci-dessus, ce testicule ainsi que l'épididyme sont luisants, ardoisés, comme infarctés, mais restant encore lisses et secs. Il n'y a pas de torsion du cordon. On les réduit. La paroi est suturée. »

MOUCHET soulignait déjà en 1933 « le retentissement inflammatoire que peut avoir sur les régions voisines, vaginale, épididyme, testicule, la torsion avec nécrose d'un organe aussi peu important que l'hydatide de Morgagni ».

Dans cette dernière observation, c'est une hernie étranglée indiscutable qui surmonte un testicule déjà très atteint, ces deux faits viennent à l'appui du rôle important que doit jouer le sympathique dans le mécanisme de l'infarctissement.

La conduite à tenir devant ces divers accidents est donc une intervention rapide. Par deux fois, dans les observations citées, le testicule trop gravement compromis a été réséqué ; une suture par-dessus une masse gangrénée susceptible de provoquer des phénomènes inflammatoires ou suppuratifs paraissait bien risquée.

C'est là question d'impression et le Professeur OMBREDANNE rapporte un cas où, contre toute apparence, le testicule a vécu et a été constaté plusieurs années après.

L'essentiel c'est d'intervenir et le plus tôt possible.

Risque-t-on de confondre ces torsions avec d'autres affections ? Il y a peu de chance, les orchites médicales que nous citerons pour mémoire sont rares chez l'enfant avant la puberté.

Les oreillons à cet âge sont rarement compliqués et si l'on a cité certains cas où la variole et la varicelle déterminent une atteinte testiculaire ou une légère réaction vaginale, il n'en reste pas moins que ce sont là des cas exceptionnels et dont la cause première est le plus souvent évidente.

Certaines formes inflammatoires aiguës de la tuberculose testiculaire pourraient prêter à erreur, mais elles sont bien rares elles aussi.

Quant à l'« orchite des masturbateurs » citée par GOSSELIN, il semble qu'elle soit une torsion ignorée par cet auteur.

Citons également quelques autres causes d'erreur qui sont des trouvailles d'intervention :

Un kyste de l'hydatide sessile d'origine indéterminée.

Un kyste de l'épididyme présentant des phénomènes inflammatoires passagers.

Une hydrocèle funiculaire communicante tordue à son passage dans le trajet herniaire.

La torsion d'une hernie du type Asslay Cooper dont le sac ne contient que de la sérosité ou encore la torsion d'une frange épiploïque dans un sac de hernie congénitale.

Un étranglement de la tête de l'épididyme par une bride.

On a également cité le cas d'un abcès central du testicule dont le pus prélevé aseptiquement n'était pas d'origine tuberculeuse; enfin la torsion d'un kyste de l'organe de Giralès — la nécrobiose aseptique de la glande.

Tous ces cas sont exceptionnels, n'ont été décrits pour certains qu'une fois, on ne saurait donc leur donner de l'importance. L'intervention pour eux s'impose et permet à la fois diagnostic et traitement.

CONCLUSIONS

Ces observations montrent combien l'ancien syndrome d'orchite aiguë chez l'enfant décrit par les anciens cliniciens répond dans tous les cas ou une vérification opératoire a été faite à l'infarctissement généralement consécutif à la torsion du pédicule d'un des organes ou appendice contenu dans la vaginale : testicule, seul ou avec l'épididyme, queue de l'épididyme, hydatite sessile, hydatite pédiculée.

Ce syndrome orchite aiguë est donc un syndrome de torsion.

L'une d'elles est un cas où l'organe tordu est ni les glandes ni les hydatides mais une production appendue sur la paroi de la vaginale au-dessous du testicule ectopié ; vésicule grosse comme un grain de raisin, plus volumineuse que les hydatides classiques et dont la nature exacte n'a pas été vérifiée hystologiquement.

Concernant l'étiologie et la pathologie ces observations n'apportent aucun élément positif, mais la constatation du syndrome chez les bébés montre bien que la masturbation ne saurait être une cause prépondérante.

Il existe de l'infarctus une théorie vaso-motrice sympathique développée à propos des infarctus de l'intestin grêle avec ou sans volvulus.

Le retentissement qu'exerce sur le cordon le testicule, les enveloppes des bourses, une lésion localisée comme la torsion d'une hydatide et dans la dernière observation un étranglement herniaire, le très volumineux œdème qui accompagne ces petites lésions aussi bien que les vraies torsions du cordon permet d'accorder au sympathique un rôle important dans le mécanisme de l'infarcissement.

La dernière observation ou une hernie étranglée indiscutable surmonte un testicule et un épididyme augmentés de volume, luisant, bleu ardoise, opalescent, qui paraît bien traduire un stade initial d'infarctus, alors qu'il n'existe pas de torsion du pédicule paraît probante à cet égard.

Vu :
LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
CHEVASSU.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.